

**SCHEDA ANAMNESI IDONEITÀ SPORTIVA VISITE SUCCESSIVE**

Cognome _____ Nome _____
 nato/a a _____ (____) il _____
 residente a _____ (____) CAP _____
 in via/piazza _____ n. _____
 doc. d'identità _____ Codice Fiscale _____
 tel. _____ e-mail _____
 Sport per cui è richiesta la visita _____ anni di attività sportiva _____
 Società sportiva di appartenenza _____
 Svolge regolarmente altri sport? SI NO Quali? _____
 Si sta allenando regolarmente? SI NO Per quante ore la settimana? _____

Notizie riguardanti il periodo dall'ultima visita medico-sportiva in questa struttura alla data odierna

MALATTIE DELLA FAMIGLIA SI NO

quali? _____

MALATTIE DELL'ATLETA SI NO

quali? _____

quando? _____

per quanto tempo ha sospeso l'attività sportiva? _____

INFORTUNI SI NO

quali? _____

quando? _____

per quanto tempo ha sospeso l'attività sportiva? _____

INTERVENTI CHIRURGICI SI NO

quali? _____

quando? _____

per quanto tempo ha sospeso l'attività sportiva? _____

ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE? SI NO

quali? _____

per quale motivo? _____

Esami specialistici eseguiti

Altre notizie particolari

Dall'ultima visita in questa struttura è stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica presso altre strutture? SI NO quando _____

È stato dichiarato: IDONEO NON IDONEO: per quali motivi _____

SOSPESO: per quanto tempo _____ per quali motivi _____

Anamnesi cardiologica

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico? SI NO

Ha mai avuto la sensazione di battito mancante? SI NO

Quando compie uno sforzo fisico (corsa, scale):
 accusa o ha accusato mancanza di respiro? SI NO
 senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace? SI NO

Ha mai accusato episodi d'improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità? SI NO

È mai stato sospeso dall'attività agonistica in precedenti visite per motivi cardiologici? SI NO

È mai stato sottoposto a ulteriori accertamenti cardiologici? SI NO

Quali? _____

Promemoria per l'atleta e consenso informato agli accertamenti

Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'atleta se maggiorenne, dal genitore se minore. La casella di scelta SI NO dovrà essere sempre barrata.

Al momento della visita l'atleta dovrà presentarsi munito di: documento di riconoscimento, eventuale documentazione sanitaria (esami del sangue, lettere di dimissione ospedaliera, esiti di visite specialistiche, etc.), tessera sanitaria.

Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente ed è inoltre buona norma arrivare in ottime condizioni di pulizia personale.

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica.

Il sottoscritto (oppure il genitore se l'atleta è minore di anni 18) dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.

Delega un rappresentante della società al ritiro di copia del certificato? SI NO

Firma

 Dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minorenni

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data _____

Firma